

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 novembre 1893, à 1 heure

Par JULIEN LE FUR

Né à Pontivy, le 17 mars 1868

ÉTUDE SUR LES SARCOMES DES FOSSES NASALES
ET LEURS VOIES D'OPÉRATION

Président : M. PANAS, professeur,

Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BRUN, ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 novembre 1893, à 1 heure

Par JULIEN LE FUR

Né à Pontivy, le 17 mars 1868

ÉTUDE SUR LES SARCOMES DES FOSSES NASALES ET LEURS VOIES D'OPÉRATION

Président : M. PANAS, professeur,

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BRUN, ALBARRAN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	CARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimental	LABOULENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU SOUVENIR DE MON PÈRE

LE DOCTEUR LE FUR

A MA MÈRE

Parentibus amicisque meis.

A MES MAITRES

M. QUÉNU

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin

M. DUJARDIN-BEAUMETZ

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Cochin
Commandeur de la Légion d'honneur

M. MOIZARD

Médecin de l'hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PANAS

Professeur de la Faculté de médecine

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il nous soit permis, avant de commencer notre travail de remercier notre maître, M. le professeur agrégé Quénu, qui, après nous avoir montré le plus grand intérêt pendant notre séjour dans son service, a bien voulu avoir la bonté de nous indiquer notre sujet de thèse.

Que nos maîtres, MM. Dujardin-Beaumetz et Moizard, reçoivent nos plus sincères remerciements pour les excellentes leçons qu'ils nous ont toujours prodiguées.

Enfin que M. le professeur Panas qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'assurance de notre bien sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0019

ÉTUDE
SUR LES
SARCOMES DES FOSSES NASALES
ET LEURS VOIES D'OPÉRATION

Les sarcomes des fosses nasales sont des tumeurs rares. M. le professeur Duplay en a donné, le premier, en 1868, une remarquable observation relatée dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

Depuis, il en a été publié quelques observations, mais en nombre très restreint, et nous n'avons pu en réunir que sept cas, dont deux personnels.

Tout d'abord il est nécessaire d'établir une distinction bien nette entre les véritables sarcomes des fosses nasales, nés aux dépens de la fibro-muqueuse pituitaire, et les sarcomes développés aux dépens des os voisins. Ces sarcômes qui envahissent consécutivement les cavités nasales et viennent y faire saillie, amènent des symptômes semblables à ceux provoqués par les véritables sarcomes du nez. Tels sont les ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur et des os du crâne.

Nous ne nous occuperons particulièrement que des premiers, qui, comme nous l'avons dit, se développent manifestement aux dépens de la muqueuse pituitaire.

Siège. — Ces tumeurs peuvent naître sur différents points de la cavité des fosses nasales ; cependant, comme nous pouvons le voir dans les observations rapportées ci-dessous, elles montrent une grande prédilection pour la partie antérieure des fosses nasales. Si, en effet, nous nous reportons à nos observations, nous voyons que les sarcomes siègent, tantôt sur le plancher des fosses nasales (Obs. de M. Duplay, et observation personnelle) ; tantôt sur la cloison (Obs. de Mason) ; tantôt sur les cornets moyen et inférieur (Obs. de Michaël. Obs. de O. Weber et Obs. personnelle) ; tantôt enfin au méat inférieur (Obs. de M. Tillaux). De ces différents points de départ, ces tumeurs viennent faire saillie parfois du côté de l'orbite et jusque dans la cavité orbitaire même, à travers le canal nasal, parfois, et cela se rencontre souvent, elles se portent vers l'orifice externe des fosses nasales. Jamais, et c'est là un fait important, elles ne se portent du côté de l'arrière-cavité des fosses nasales, et ne peuvent être senties par derrière le voile du palais.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les sarcomes des fosses nasales se présentent sous des aspects quelque peu différents. Quelquefois on les voit sous forme de tumeurs arrondies, lisses, rosées parfois, leur coloration est grisâtre, leur aspect fibreux, et leur consistance dure, rénitente ; parfois même les sarcomes sont mous, grisâtres, de forme inégale, irrégulière. Enfin ils peuvent présenter une coloration gris noirâtre, dûe la plupart du temps au sang coagulé provenant d'épistaxis antérieures.

Leur volume est variable, mais d'après les observations que nous possédons, il n'est pas devenu considérable et variait du volume d'un haricot à celui d'une noisette.

Ces tumeurs ne sont presque jamais pédiculées ; elles adhèrent au contraire à la muqueuse pituitaire par une large surface. Leur vascularisation est très considérable, ce qui explique les hémorrhagies qui se produisent lorsqu'on en fait l'ablation.

L'examen histologique permet de voir que quelquefois on a affaire à des tumeurs mixtes : Les cas d'épithélio-sarcome cité par M. Durante en est un bel exemple.

Le plus souvent, ce sont des sarcomes appartenant soit à la variété dite fibro-plastique (Obs. de M. Duplay), soit à la variété des mélano-sarcomes (Obs. de Mason et de Michaël), ou à celle des sarcomes téléangiectasiques (Obs. personnelle).

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie des sarcomes des fosses nasales n'est pas des plus nettes. On ne sait pas trop à quoi attribuer la production de ces néoplasmes. Il ne semble pas que les traumatismes, le froid humide ou les coryzas répétés aient été pour quelque chose dans leur développement ; ce qu'il y a de certain, c'est que ces tumeurs ne se montrent jamais chez des sujets jeunes et bien portants. Les malades atteints de sarcomes des fosses nasales, et qui fond l'objet de nos observations, étaient presque tous arrivés à l'âge de cinquante ans, ou avaient dépassé cet âge. Un seul (Obs. personnelle), était âgé de trente-trois ans seulement, mais avait été très affaibli par des poussées successives de tuberculose.

Il peut se faire (Obs. de O. Weber citée par Pitha et Billroth) que chez un malade atteint d'un sarcome d'une autre partie du corps, il se produise un sarcome des fosses nasales. Le malade cité par O. Weber présentait une petite tumeur de nature sarcomateuse sur la face externe du maxillaire supérieur.

En résumé, il n'y a pas de cause bien marquée de

l'origine des sarcomes des fosses nasales, l'hérédité elle-même ne peut être invoquée dans aucune de nos observations ; mais il est évident que l'âge ou l'affaiblissement par une maladie antérieure favorise la production de ces néoplasmes.

SYMPTOMES

Les malades atteints de sarcomes des fosses nasales ne s'aperçoivent pas eux-mêmes de l'existence de ces tumeurs ; ils viennent généralement consulter le médecin à cause de la gêne amenée par les différents symptômes que nous allons énumérer, et c'est l'examen au spéculum ou le toucher qui font découvrir l'existence du néoplasme.

Au début le malade est sujet à des épistaxis répétées et survenant lorsque le malade se mouche ou même sans aucune cause. Ces épistaxis se reproduisent, tantôt fréquemment, tantôt en petit nombre, mais elles font rarement défaut. Elles sont généralement peu abondantes, et ne deviennent gênantes que par leur répétition. En effet, elles sont parfois si fréquentes qu'elles deviennent presque incessantes. Parfois au contraire, elles ne se produisent qu'une seule fois dans le cours du développement de la tumeur (Obs. de M. Duplay) ; enfin, il peut arriver que fréquentes au début, elles cessent complètement pendant un temps fort long, qui peut durer plusieurs années, puis reprennent de nouveau, surtout quand des fragments du néoplasme sont expulsés (Obs. personnelle).

Il existe assez souvent de la céphalée peu intense, il est vrai, mais tenace.

La tumeur augmentant de volume, amène bientôt de la gêne respiratoire qui va en augmentant graduellement,

et peut arriver à tel point que le malade se voit obligé de respirer la bouche ouverte. La voix ne tarde pas à devenir nasonnée, mais on ne remarque ni suintement fétide, ni symptômes de coryza. Il n'y a pas non plus d'ozène bien marqué.

A ce moment, on peut déjà observer une certaine déformation du nez. Le nez augmente de volume du côté où se trouve située la tumeur, et a l'air d'être déjeté. Le néoplasme repousse la paroi osseuse de la fosse nasale, surtout du côté externe, et peut même déjeter en dehors l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire (Obs. de M. Tillaux et de O. Weber).

Il se produit alors un certain degré d'exophtalmie. D'autre part, il s'y joint souvent de l'épiphora. Les points lacrymaux se trouvant déplacés et le canal nasal n'étant plus perméable, le malade se plaint de larmoiement continu.

L'examen des fosses nasales permet de constater, soit par le toucher, soit au moyen du *spéculum nasé*, l'existence d'une tumeur variant du volume d'un haricot à celui d'une noisette, et venant faire saillie vers l'orifice externe des fosses nasales.

La coloration de la tumeur est variable, tantôt grisâtre, tantôt rosée, tantôt enfin gris noirâtre. La consistance en est tantôt dure et rénitente, tantôt molle. La forme est variable, parfois la tumeur est arrondie, lisse; tantôt au contraire, elle est irrégulière et inégale. On ne constate jamais d'ulcération.

Si l'on porte le doigt derrière le voile du palais vers l'orifice interne des fosses nasales, on ne peut jamais

sentir la tumeur, celle-ci est toujours indolente.

Les sarcomes des fosses nasales, et c'est là un symptôme important, sont toujours unilatéraux et n'ont aucune tendance à envoyer des prolongements dans la narine saine. D'autre part, ils ont extrêmement peu de tendance à détruire les tissus environnants et à venir faire saillie sous la peau pour en amener l'ulcération.

Il arrive quelquefois, que le malade interrogé, raconte qu'il a rendu à différentes reprises des fragments de tumeurs, fragments qu'il compare à une petite boule rosée ou grisâtre, d'odeur nauséuse. Il ajoute de plus, qu'après l'expulsion de ces fragments il était pris d'épistaxis. Ces symptômes se rencontrent en effet quelquefois (Obs. personnelle) et le rejet de ces morceaux de tumeurs est généralement suivi d'une amélioration de la respiration nasale. Mais cette amélioration est très passagère.

En considérant l'état général du malade, eu égard au début de la maladie, qui remonte à 9 mois au minimum, mais parfois à neuf ou douze ans (Obs. de M. Duplay, et Obs. personnelle), on constate que cet état général est relativement bon. La tumeur n'a pas détruit les tissus environnants ; elle ne vient pas faire saillie sous la peau, et ne l'ulcère pas comme cela arrive dans le cas de carcinomes.

Jamais les ganglions sous-maxillaires ne sont engorgés, ou du moins cette complication ne se présente qu'au bout d'un temps très considérable.

Un excellent symptôme est la fréquence avec laquelle récidivent ces tumeurs, lorsque l'opération n'a pas été complète, et, la rapidité de ces récidives.

MARCHE. — DUREE

La marche des sarcomes des fosses nasales est variable ; pourtant on peut dire qu'elle progresse généralement assez lentement. Nous voyons en effet dans nos observations que depuis l'origine des premiers accidents jusqu'au moment de l'opération il s'est passé neuf mois au minimum (Obs. de M. Tillaux), sept ans (Obs. personnelle), douze ans au maximum (Obs. de M. Duplay), et la tumeur avait à peine atteint au bout de ce temps le volume d'une noisette. Les ganglions sous-maxillaires ne se prennent presque jamais, et toujours très tardivement.

Le sarcome des fosses nasales peut se porter vers la cavité orbitaire et amener, comme nous l'avons dit, de l'épiphora et même de l'exophthalmie (Obs. de M. Tillaux et Obs. personnelle).

Quelquefois même, et M. Durante en cite un exemple remarquable, la tumeur envoyait des prolongements vers les lobes frontaux, et détermina la formation d'un abcès latent du cerveau qui amena la mort du malade. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est surtout qu'aucun symptôme ne put faire soupçonner cette grave complica-

tion, découverte seulement à l'autopsie. Sauf cette observation extrêmement intéressante, et où on avait affaire à un épithélio-sarcome, il n'est pas cité de cas d'autopsie sur des malades ayant succombé au développement d'un sarcome des fosses nasales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des sarcomes des fosses nasales est très difficile, eu égard au nombre considérable de tumeurs qui prennent naissance dans les cavités nasales.

Tout d'abord, il est nécessaire de s'assurer par le toucher et la vue de l'existence d'une tumeur dans la fosse nasale. La cavité envahie est nettement indiquée par le malade lui-même, qui, ne peut respirer par cette narine. Le diagnostic doit être d'abord fait avec les sarcomes des os voisins qui peuvent venir faire saillie dans les fosses nasales ; nous citerons en particulier les sarcomes du maxillaire supérieur. On peut, en se rapportant aux commémoratifs, être déjà mis sur la voie. Les symptômes permettent ensuite d'éliminer rapidement ces tumeurs. En effet, les ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur sont remarquables par leur développement rapide, par des douleurs très vives, par l'altération rapide de la santé générale et l'engorgement ganglionnaire. Enfin les sarcomes du maxillaire supérieur amènent souvent l'ulcération de la muqueuse, la formation de bourgeons fongueux et saignants. Tous ces symptômes n'existent pas dans le sarcome des fosses nasales.

Une fois le point d'origine de la tumeur bien fixé il s'agit d'arriver au diagnostic de sarcome. En premier

lieu il faut reconnaître si la tumeur est liquide ou solide, le toucher peut donner quelques indications.

Parmi les tumeurs liquides, les bosses sanguines et les hématomes sont consécutives à un choc, et se développent généralement des deux côtés à la fois ; leur surface est lisse, régulière, rouge foncée, on peut y trouver assez nettement de la fluctuation.

Les abcès se développent consécutivement à une maladie infectieuse ; les antécédents du malade pourront donc faire éliminer ce genre de tumeur. Il y existe aussi de la fluctuation ; il est vrai que certaines tumeurs myéloïdes peuvent donner lieu à une fausse fluctuation, auquel cas, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz lèverait tous les doutes.

La tumeur est reconnue pour une tumeur solide. Il nous faut éliminer les autres tumeurs solides du nez, et elles sont nombreuses :

On a pu confondre les corps étrangers recouverts par la muqueuse hypertrophiée, avec des tumeurs des fosses nasales. Le malade ne se rappelle plus en effet, qu'un corps étranger avait pénétré dans ses narines, et à l'examen, on aperçoit une petite tumeur rouge, excoriée et laissant suinter un pus fétide. En face d'un état général resté bon, il faut songer à la possibilité de ce cas, et avec un stylet, faire un examen attentif de la tumeur. Cet examen permet le plus souvent de reconnaître le corps étranger, grâce à la dureté spéciale de celui-ci, et à la possibilité de faire glisser le stylet entre la paroi du nez et la tumeur.

Les polypes muqueux sont très fréquents, on les recon-

naît assez facilement en général ; ils siègent souvent entre les deux narines ; ils sont grisâtres, opalins, très mobiles. Jamais ils ne produisent d'adénopathie.

Les polypes nasopharyngiens sont faciles à distinguer. Ils n'existent que chez l'homme et toujours chez des sujets jeunes, généralement de vingt à trente ans ; après trente ans, on peut affirmer que la tumeur n'est pas un polype nasopharyngien. De plus, ils ont toujours pour point de départ la voûte et la paroi supérieure du pharynx. Enfin ils sont durs et ligneux.

L'adénome des fosses nasales est difficile à différencier d'avec les sarcomes. Du reste il subit souvent la dégénérescence épithéliomateuse. Au début l'adénome est indolent comme les tumeurs malignes ; mais il s'en différencie rapidement par la lenteur de son évolution, l'absence d'hémorrhagies et d'adénopathie. Sa consistance est dure ; il n'a pas de tendance à l'extension. Enfin l'examen microscopique lèvera tous les doutes.

Les papil'omes se transforment souvent en tumeurs malignes, cependant on peut les reconnaître, bien qu'ils se développent souvent chez des gens âgés, à leur surface granuleuse, gris-rosé. Ils n'ont pas de tendance à l'ulcération, n'envahissent pas les os. Enfin ils ne sont accompagnés d'écoulement fétide, ni d'hémorrhagies, ni d'adénopathie.

Les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses peuvent s'accompagner de suintement purulent, d'hémorrhagies et d'adénopathie. Mais dans la syphilis l'hémorrhagie est légère, la suppuration abondante ; les os sont envahis rapidement. Enfin les antécédents et le traitement spé-

cifique permettent de poser le diagnostic, car le traitement spécifique a une influence favorable et rapide sur ces sortes de tumeurs.

Dans les ulcérations tuberculeuses on peut rechercher à la surface le bacille de Koch. De plus, on peut trouver des symptômes pulmonaires qui mettent sur la voie. Parfois la tuberculose nasale prend la forme de végétations saillantes, sur la cloison par exemple, et, simule une tumeur maligne. Mais l'examen microscopique lèvera tous les doutes.

Le lupus peut être confondu avec une tumeur maligne ; mais dans le premier, les ulcérations sont larges, peu profondes, à bords décollés et déchiquetés. Leur surface est grisâtre. L'indolence est complète. On reconnaîtra le lupus en sachant qu'il envahit rapidement les tissus profonds, qu'il est indolent et qu'il ne s'accompagne pas de suintement sanguin.

Le coryza caséeux se présente sous la forme d'une tumeur molle, ne saignant pas par le toucher. Dès le début, il y a de l'ozène. On ne constate jamais de cachexie ni d'adénopathie.

Les angiomes se distinguent par leur coloration rouge leur surface lisse, tendue, rénitente, l'absence d'adénopathie.

Si dans les ostéomes on observe de la céphalalgie et de l'obstruction nasale, on reconnaît facilement que la tumeur est dure, son développement lent. Il n'y a ni adénopathie, ni hémorrhagie, ni suintement fétide.

Quant aux enchondromes ils s'observent chez les sujets jeunes, refoulent les tissus sans les détruire et se déve-

loppent très lentement ; pourtant ils peuvent atteindre un volume considérable, témoin le fait cité par M. Heurtaux (de Nantes) d'un enchondrome pesant 135 grammes enlevé de la fosse nasale gauche d'une jeune femme âgée de vingt deux ans.

Le rhinosclérome a une marche très lente. Il forme une tumeur rougeâtre, parfois fongueuse et papilliforme, qui ne se transforme jamais en tumeur maligne.

L'épithélioma se rencontre chez les gens âgés, sous forme d'une tumeur fongueuse, mamelonnée, souvent ulcérée ; il y a toujours de l'adénopathie sous-maxillaire.

Le carcinome est rare et s'accompagne très rarement d'hémorrhagies. Mais la cachexie est rapide.

Nous voyons par cet aperçu rapide, que les sarcomes des fosses nasales sont loin d'être faciles à diagnostiquer. Le nombre des tumeurs des fosses nasales, leurs symptômes communs rendent le diagnostic très délicat ; aussi en clinique, arrive-t-on seulement approximativement à reconnaître le sarcome, et c'est le microscope qui décide et fixe d'une façon certaine le diagnostic.

PRONOSTIC

Nous pouvons voir par nos observations que le pronostic des sarcomes des fosses nasales est fort variable. Tantôt la tumeur au bout de douze ans atteint à peine le volume d'une noisette, amène seulement quelques épistaxis et quelques troubles du côté de la respiration ; tantôt elle atteint le même volume et amène les mêmes complications en neuf mois.

Quelques-uns des malades éprouvent à peine une gêne légère, occasionnée par le développement du néoplasme. D'autres présentent des accidents plus graves mais n'amenant pas de troubles notables dans l'état général (Obs. de M. Tillaux et obs. personnelle).

Enfin le cas cité par M. Durante entraîne rapidement des accidents mortels, et cela sans symptômes graves, pouvant faire craindre un pareil dénouement.

Ces considérations nous permettent de dire qu'en cas de sarcome le pronostic doit être très réservé.

Si le diagnostic précis non-seulement de la nature sarcomateuse de la tumeur mais encore de la variété de sarcome à laquelle elle appartient pouvait être fait le pronostic serait plus facile à établir. Remarquons en effet que si la marche de la tumeur est lente dans l'observation de M. Duplay cela tient à la variété fibroblastique

du sarcome ; au contraire, dans le cas de M. Durante nous avons affaire à un épithélio-sarcome, tumeur beaucoup plus maligne ! Evidemment la connaissance de ces variétés permettrait de porter dans un cas analogue au premier un pronostic bénin, dans un cas analogue au second un pronostic très grave.

En tout cas, le diagnostic histologique n'étant possible qu'après ablation de la tumeur, le devoir du chirurgien est de conseiller l'ablation du néoplasme le plus tôt possible, et non-seulement l'ablation de la tumeur doit être proposée, mais encore, étant donnée la fréquence des récidives en cas d'extirpation incomplète, il faut conseiller une opération préliminaire.

TRAITEMENT

Le traitement des sarcomes des fosses nasales est entièrement chirurgical, comme du reste celui de toute tumeur maligne. Certains auteurs ont cru avoir obtenu la guérison de tumeurs de mauvaise nature par un traitement médical dans lequel entrainait, pour une grande partie, le mercure. Il est évident, d'après M. Plicque, qui les cite, dans un excellent travail sur le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales, que ces auteurs ont eu affaire à des tumeurs d'origine syphilitique ; d'où le résultat rapide et favorable du traitement spécifique.

Lorsque la tumeur est réellement de nature maligne, aucun traitement médical n'a d'influence sur le développement du néoplasme. L'intervention chirurgicale seule peut donner de bons résultats ; encore une condition *sine qua non*, existe-t-elle : c'est que la tumeur soit enlevée complètement.

Pour les sarcomes en particulier cette condition est essentielle ; examinons en effet les observations que nous avons recueillies.

Une première observation due à M. Mason nous montre un sarcome myéloïde enlevé, la première fois, avec une pince à polype. Ce sarcome siégeait sur la cloison, était

par conséquent facile à délimiter et à atteindre ; malgré cela, M. Mason vit se produire une récurrence trois semaines environ après l'ablation.

A cette époque, seconde opération, cette fois, avec une opération préliminaire, consistant en une incision sur le côté de la narine.

La récurrence mit trois mois à se faire. Au bout de trois mois, M. Mason fut forcé de rouvrir sa dernière incision et de fendre la lèvre supérieure. Grâce à cette voie large qui lui permit de faire une ablation totale du néoplasme, il obtint un résultat excellent, puisque six années après, la récurrence ne s'était pas produite.

Notre première observation personnelle nous montre des résultats analogues, et est aussi fort intéressante sous ce rapport.

La malade de M. Quénu portait un sarcome, implanté sur la paroi inférieure de la fosse nasale droite, à environ trois centimètres de l'orifice externe des fosses nasales. La malade ne voulant pas se résoudre à une opération étendue. M. Quénu extirpa la plus grande partie de la tumeur avec un serre-nœud. La tumeur se reproduisit rapidement, et pendant deux mois M. Quénu essaya en vain de détruire la surface d'implantation du sarcome au moyen du galvano-cautère. La malade se décida enfin à se laisser opérer plus largement. M. Quénu fit une incision contournant le sillon naso-génien et détacha ainsi l'aile du nez, ce qui lui permit d'exciser en même temps que la tumeur, une grande partie de la muqueuse pituitaire.

L'examen ultérieur du nez montra la cicatrisation absolue et l'absence complète de récurrence.

La deuxième observation personnelle que nous rapportons présente aussi un exemple frappant de récurrence rapide d'un sarcome, l'ablation ayant été incomplète.

Le malade fut opéré par M. Quénu une première fois en octobre 1892 (ablation de la tumeur par fragments, à trois reprises, injections d'eau salée, enfin cautérisation au galvano-cautère). Un mois après, en novembre 1892, le malade avait une récurrence. La tumeur était largement implantée au niveau du cornet inférieur. Le nez fut, cette fois, ouvert sur la ligne médiane, ce qui donna un large champ opératoire et permit d'enlever complètement la tumeur. Il n'y a pas eu encore de récurrence en novembre 1893.

Nous voyons par ces trois exemples que le sarcome récurrence avec une rapidité très grande lorsque son ablation n'est pas radicale. Aussi partageons-nous l'avis que donne M. Plicque sous forme de règle : « Ne jamais enlever une tumeur maligne des fosses nasales, si facile qu'il puisse paraître de la saisir, avec une pince ou un serre-nœud, sans avoir préalablement fait une incision extérieure qui permette de délimiter nettement la tumeur, et d'en faire l'ablation totale ».

Nous avons vu, en effet, que si l'opération n'est pas complète on a presque fatalement une récurrence et au bout de très peu de temps.

Au contraire, nous voyons les opérations larges donner constamment d'excellents résultats. (Obs. de M. Mason), pas de récurrence au bout de six années. (Obs. de M. Tillaux), pas de récurrence, de même dans nos deux observations personnelles.

Examinons donc quelles voies d'opération on peut suivre pour détruire les sarcomes des fosses nasales.

Il y a deux sortes de méthodes pour arriver au résultat cherché. Ce sont les méthodes dites simples et les méthodes composées :

Les premières sont employées pour détruire les tumeurs directement par les orifices naturels des fosses nasales ; ce sont l'exsiccation, le séton, le broiement, l'excision, l'arrachement, la rugination, la ligature du pédicule, la compression, la cautérisation par le thermo-cautère ou le galvano-cautère, soit par l'électrolyse. Ces moyens ne doivent jamais être employés seuls et nous arrivons aux méthodes composées qui seules peuvent donner l'assurance d'obtenir un bon résultat.

Les méthodes composées comprennent deux temps : savoir une opération préliminaire permettant d'avoir un large champ opératoire, et de mettre la tumeur bien à découvert ; secondement : l'ablation de la tumeur par une des méthodes simples ci-dessus énoncées.

Ces opérations préliminaires se font, soit pour agrandir les ouvertures naturelles, soit pour créer une voie qui amène directement sur le néoplasme.

Nous allons passer en revue les différentes voies employées pour permettre l'accès facile des fosses nasales ; nous verrons ensuite quelle est celle que l'on doit préférer pour le cas de sarcomes des fosses nasales ; enfin nous tâcherons de déterminer quelle est la méthode simple la plus rationnelle et donnant les meilleurs résultats.

Voie d'opération. — Les voies d'opération sur les cavi-

tés nasales sont au nombre de trois : La voie palatine, la voie maxillaire ou jugale et la voie nasale.

Voie palatine. — La méthode palatine comme opération préliminaire remonte à Manne (d'Avignon). Ce fut lui qui le premier, en 1717, pratiqua l'incision du voile du palais pour arriver sur l'ouverture postérieure des fosses nasales. Dieffenbach en 1834 répéta cette opération mais en lui faisant subir une modification : Manne (d'Avignon) incisait le voile du palais dans toute sa longueur, le bord libre compris : Dieffenbach respecta le bord libre du voile et obtint ainsi une simple boutonnière palatine antéro-postérieure.

En 1659, Maisonneuve réédita l'opération de Dieffenbach.

Jobert de Lamballe, à l'exemple de J. L. Petit, sectionna le voile du palais sur les côtés.

Eugène Baeckel (de Strasbourg), remplaça l'incision médiane par une incision transversale.

Mais c'est à Nélaton que revient l'honneur d'avoir véritablement créé la voie palatine. Le premier, en 1848, il reprit l'incision de Manne et y ajouta la résection de la moitié postérieure de la voûte palatine.

Cette résection donnait un grand jour, permettant d'arriver sur le pédicule des polypes naso-pharyngiens, et de plus, l'ouverture pouvait être laissée béante tout le temps nécessaire. Il était alors facile de reconnaître les menaces de récédive et de les prévenir.

Voie maxillaire ou jugale. — Cette voie est de date récente. Un chirurgien écossais, Wately, signala le premier, en 1765, le bénéfice qu'on pourrait tirer de la

résection du maxillaire supérieur dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Ce fut Syme (d'Edimbourg), qui le premier, en 1832, pratiqua l'opération proposée par Wately, pour enlever une tumeur fibreuse à insertions très étendues.

En 1840, Flaubert (de Rouen) recourut à la résection du maxillaire supérieur pour un polype énorme. Le malade guérit.

Michaux (de Louvain) en 1847, Robert, en 1849, Maisonneuve en 1852, et depuis un grand nombre de chirurgiens répétèrent cette opération.

M. Ollier, pour éviter plus facilement les difformités qui peuvent résulter de la résection du maxillaire supérieur, proposa la résection sous-périostée de cet os et accomplit cette opération pour la première fois en 1875.

Puis on proposa des résections partielles du maxillaire. Michaux (de Louvain) en eut le premier l'idée, depuis, mise en pratique par A. Bérard qui conserve l'arcade dentaire; par Huguier, en 1850, qui propose de respecter le squelette du nez, de même que Demarquay en 1857.

Ces résections partielles furent de nouveau reprises avec quelques modifications par A. Guérin, Maisonneuve, Bouchet, qui pratiquent seulement la résection de la partie inférieure du maxillaire.

Chassaignac avait proposé de ne pas comprendre dans la résection du maxillaire le plancher de l'orbite. Huguier avait même proposé la résection temporaire du maxillaire; mais elle fut vite abandonnée à cause des récidives rapides qui se produisirent.

Voie nasale. — La voie nasale est de beaucoup la plus

ancienne parmi celles employées pour détruire les tumeurs des fosses nasales.

Il faut remonter à Hippocrate et à Celse pour voir déjà inciser les parties molles du nez afin d'obtenir un champ opératoire plus large.

Gurmann et Guillaume de Salicet se contentaient de dilater l'orifice externe des fosses nasales avec des racines d'aristoloche et de gentiane, ou avec des éponges, procédé défectueux et qui donnait des résultats détestables dans les cas difficiles ; il fallut revenir à la méthode d'Hippocrate c'est-à-dire à l'instrument tranchant.

Fallope, Riolan, Heister, ont signalé la pratique des incisions nasales comme étant fort répandue à leur époque ; mais plus tard elle tomba dans l'oubli.

Ce fut Dupuytren qui la remit en faveur.

Depuis, elle fut pratiquée avec succès par Roux, Giralès, Dieffenbach, Scutin, Lenoir, Chassaignac, qui employèrent presque toujours la section du nez en avant.

Dupuytren indiqua un moyen de s'ouvrir une route plus large au travers des parties molles du nez au moyen d'une incision contournant la base du nez ; il détacha les cartilages jusqu'aux os, sans toucher cependant à ces derniers.

Syme a agrandi l'orifice des narines, en fendant la lèvre supérieure du haut en bas, à partir du milieu de la narine. Il disséqua ensuite à droite et à gauche les lambeaux de cette incision, de façon à mettre largement à découvert l'ouverture antérieure des fosses nasales. Quand l'incision des parties molles devient insuffisante, on peut la prolonger jusqu'à la racine du nez et couper en même temps les os propres du nez.

Roser (de Marbourg) dit avoir pratiqué plusieurs fois la section médiane du nez et la luxation de l'os nasal d'un seul côté, en écartant même l'os nasal avec l'ongle et l'apophyse montante du maxillaire.

En 1860, M. Verneuil disait que cette simple section des os du nez, permet d'attaquer des tumeurs d'un volume déjà considérable, et en 1868, il en fit l'application à Lariboisière, sur un jeune homme atteint d'un enchondrome myxomateux du volume du poing. Il est possible, après cette opération, de ne pas restaurer immédiatement les parties sectionnées ; ce fut seulement quelques mois plus tard que M. Verneuil restaura le nez en rapprochant les bords de la section.

Si l'ouverture ainsi produite n'était pas tout à fait assez large, on pourrait facilement réséquer partiellement et d'une façon temporaire une partie du squelette du nez et l'apophyse montante du maxillaire.

Chassaignac, en 1854, avait proposé une autre modification de la méthode nasale. Elle consistait à ouvrir les fosses nasales d'un seul côté dans le sillon nasogénien et à rabattre le lambeau ainsi formé de l'autre côté. Si l'ouverture était insuffisante il réséquait les os du nez.

Malgaigne pensa le premier à conserver les os du nez, idée reprise par Boëtel qui en fit l'essai sur le cadavre.

Ce furent seulement Von Burs, Hurler et Ferguson qui expérimentèrent cette méthode sur le vivant.

Enfin le professeur Ollier pratiqua l'ostéotomie verticale et latérale du nez et son renversement de haut en bas.

Nous venons de voir succinctement par quelles voies on

a essayé d'atteindre les tumeurs des fosses nasales ; nous allons maintenant montrer en nous fondant sur les symptômes principaux des sarcomes, quelle voie on doit employer de préférence dans ce cas particulier.

Les sarcomes des fosses nasales, avons-nous dit, prennent leur origine presque toujours à la partie antérieure des fosses nasales et particulièrement sur la cloison, les cornets moyen et inférieur et le plancher de ces cavités.

D'autre part, nous savons que le sarcome n'a aucune tendance à se porter vers l'orifice postérieur des fosses nasales mais au contraire fait saillie vers l'orifice externe.

Enfin nous avons vu que le sarcome nasal est unilatéral, que son volume n'est jamais bien considérable, qu'il n'envahit que très tardivement les tissus environnants.

Ces différents signes vont nous permettre de faire un choix dans les voies d'opération que nous avons passées en revue.

Mais d'abord, il est bon de rappeler qu'il existe deux méthodes pour détruire les tumeurs nasales ; ces méthodes ont été appelées, l'une : méthode de cure lente, l'autre : méthode de cure rapide.

La première se propose d'arriver à la destruction de la tumeur par des interventions répétées ; l'application de cette méthode demande au chirurgien beaucoup de temps et de soins, et au malade, une longue patience. On peut employer cette méthode en suivant les orifices naturels, au quel cas, on n'est jamais sûr d'avoir complètement détruit les racines du mal ; ou se servir des méthodes composées, et dans ce cas, on est obligé de laisser l'ou-

verture obtenue, sans restauration immédiate, ce qui devient pour le malade une véritable torture.

Nous croyons, d'après nos observations, que la seconde méthode, dite de cure rapide, est à la fois plus avantageuse pour le patient, et offre au chirurgien les mêmes avantages que la précédente. Cette seconde méthode consiste à enlever le néoplasme d'un seul coup et aussi complètement que possible. Puis à remettre les parties en état, quitte à faire une seconde opération si la récurrence venait à se produire. Cette méthode de cure rapide ne peut s'appliquer que par une voie large, permettant de bien délimiter la tumeur, ce qui donne seul l'assurance de ne pas avoir de récurrence.

Voyons maintenant quelle est la voie d'opération préférable pour opérer les sarcomes des fosses nasales.

La voie maxillaire ou jugale a surtout été inventée pour arriver facilement dans la cavité nasopharyngienne et pouvoir enlever des tumeurs de volume considérable. Or, en cas de sarcome nasal, nous ne voyons pas de tumeur considérable, puisque le volume du néoplasme atteignait à peine la grosseur d'une noisette, mais, serait-elle plus considérable, ce qui arriverait au cas où la tumeur serait restée plus longtemps sans être enlevée, sa situation permettrait d'en faire l'ablation totale sans avoir recours à une opération préliminaire aussi grave.

Cette voie ne serait à employer que dans le cas où le sarcome aurait envahi les os voisins ; il est probable que dans ce cas l'ablation totale du néoplasme serait bien difficile à obtenir et qu'il resterait peu d'espoir au chirurgien de n'avoir pas de récurrence. D'autre part, nous

voyons par l'observation de M. Durante que le néoplasme peut gagner le cerveau et amener des accidents mortels sans symptôme, il pourrait donc se faire, que si la tumeur avait envahi les os voisins d'une façon évidente, elle pourrait avoir envoyé des prolongements du côté du cerveau sans qu'il fût possible de s'en apercevoir et dans ce cas il serait impossible qu'on réussisse à détruire la totalité du sarcome. L'opération serait alors purement palliative.

La voie maxillaire est donc très rarement indiquée, au début elle est inutile, plus tard elle n'est plus suffisante.

La voie palatine a aussi été créée pour atteindre les tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales et en particulier les polypes nasopharyngiens. Nous ne nous étendrons pas sur cette voie d'opération qui n'a aucune raison d'être employée en cas de sarcome nasal, étant donné le siège de cette sorte de tumeur et nous passerons immédiatement à la voie nasale.

Examinons les différents procédés employés pour agrandir l'orifice externe des fosses nasales.

Nous n'insisterons pas sur la dilatation des narines au moyen d'éponges ou de tiges de laminaires ; ces moyens sont tout à fait insuffisants dans le cas présent.

Il en est de même de l'incision des parties molles du nez soit par la méthode d'Hippocrate soit par le procédé de Dupuytren, qui consiste à faire une incision contournant la base du nez, incision permettant de détacher les cartilages sans cependant toucher aux os propres du nez. Ce procédé, en effet, bien que donnant une assez large ouverture, permettrait difficilement de passer en arrière

de la tumeur, qui nous le savons, siège d'une façon constante à la partie antérieure des fosses nasales.

Le procédé de Syme par lequel on obtient une large voie au moyen de l'incision de la lèvre supérieure et de la dissection des lambeaux obtenus a été employé une fois avec succès par M. Mason. Le résultat a été excellent, il n'y avait pas de récurrence six années plus tard. On peut du reste au besoin réséquer les os propres du nez et prolonger l'incision jusqu'à la racine du nez. Celui-ci est alors récliné; les suites de l'opération ne laissent pour ainsi dire pas de traces.

M. Verneuil après Roser (de Marbourg), emploie la section médiane du nez. Voici en quoi consiste ce procédé : M. Verneuil fait une incision sur le dos du nez, incision commençant à la racine pour se terminer à 1 centimètre et demi du lobule. Deux autres incisions partent de l'extrémité inférieure de la première, et pénètrent dans les narines en formant ainsi avec l'incision dorsale une sorte d'Y renversé.

Il est évident que dans le cas de sarcome, la tumeur étant unilatérale, on ne fera qu'une des branches latérales de l'Y.

Ce procédé est certainement un des meilleurs, il a été du reste employé dans l'une des observations que nous rapportons et M. Quénu en a obtenu un très bon résultat, tant au point de vue de l'ablation de la tumeur qui n'a pas récidivé, qu'au point de vue des traces laissées par l'opération, traces qui sont à peine visibles.

Un excellent procédé, et qui convient parfaitement en cas de sarcome, quel que soit le lieu d'implantation de la

tumeur, est le procédé de Chassaignac. Il consiste à inciser le nez d'un seul côté dans le sillon naso-génien, et à rabattre le lambeau ainsi formé sur le côté sain. Si l'ouverture n'est pas suffisante on peut réséquer les os du nez et même l'apophyse montante du maxillaire. En ajoutant que la résection est temporaire, on a une opération excellente à tous les points de vue, dans le cas de sarcome nasal. En effet, cette incision, jointe à la résection temporaire des os sus-nommés, découvre entièrement la fosse nasale atteinte de néoplasme. Elle permet d'arriver facilement à contourner la tumeur. Enfin, dans le cas de prolongement du sarcome dans le canal nasal et du côté de l'orbite, l'opération met à découvert la tumeur d'une façon complète et permet d'en faire l'ablation totale. D'autre part la restauration du nez se fait d'une façon remarquable, et sans laisser de traces. Nous voyons, du reste, que ce procédé a été choisi souvent par les chirurgiens dont nous citons les observations. M. Duplay (Obs. I), M. Tillaux (Obs. V), M. Quénu (Obs. VI), se sont servis de ce procédé avec succès et en ont obtenu d'excellents résultats.

La tumeur est mise à découvert par une des opérations préliminaires que nous avons indiquées; examinons quel est le moyen le plus propre à parer aux accidents qui peuvent se présenter dans le cours d'une opération sur les fosses nasales.

Deux accidents sont particulièrement à redouter:
1° L'écoulement de sang dans l'arrière-cavité des fosses nasales et sa chute dans le larynx pouvant amener l'asphyxie rapide du malade.

On a cherché, par la position donnée au malade, à pallier à cet inconvénient ; le malade était opéré dans la position assise. Le meilleur moyen d'éviter cet accident est de faire un tamponnement rigoureux de l'orifice postérieur des fosses nasales (Plicque).

Le second accident à craindre est l'hémorrhagie. Les sarcomes des fosses nasales sont souvent très vasculaires ; d'autre part, la muqueuse pituitaire est aussi extrêmement riche en vaisseaux. Il en résulte qu'au moment où l'on commence à faire l'ablation de la tumeur on a des hémorrhagies artérielles qu'on parvient à arrêter avec des pinces hémostatiques. Mais dans le cours de l'opération il se produit des hémorrhagies en nappe qui couvrent le champ opératoire et forcent le chirurgien à opérer à l'aveugle. Ces hémorrhagies en nappes sont très difficiles à arrêter.

Pour parer à ces accidents il convient de se servir, pour faire l'ablation de la tumeur, du galvano-cautère ou de l'anse galvanique, de préférence au bistouri. Nous ne voulons pas dire que le bistouri ne soit pas suffisant pour détruire complètement la tumeur ; nous avons parmi nos observations des cas où cet instrument a été employé avec succès. Mais le galvano-cautère ou l'anse galvanique donne plus de chances d'éviter l'hémorrhagie.

Un bon moyen d'arrêter ces hémorrhagies en nappe est de faire un tamponnement de la fosse nasale, avec de la gaze iodoformée et à le laisser en place pendant quelques minutes. Quand on retire le tampon après ce temps, l'hémorrhagie est le plus souvent arrêtée.

On peut encore, comme l'a fait M. Verncuil pour un

cas d'enchondrome, ne pas achever l'opération et attendre quelques jours. L'hémorrhagie s'arrête par un tamponnement, et lorsque le champ opératoire est ainsi rendu propre, on reprend l'opération. On a de beaucoup plus grandes chances d'enlever ainsi radicalement la tumeur, le champ opératoire étant débarrassé du sang qui l'obstruait, que si on opère à l'aveugle, grâce à l'hémorrhagie.

Il est important de savoir la facilité avec laquelle se fait la suture des lambeaux dans les opérations nasales. Quelquefois, dit M. Plicque, dès le troisième jour on peut enlever les fils.

La suture se fait du reste aussi bien quand on n'a pas restauré immédiatement le nez. M. Verneuil attendit plusieurs mois avant de suture le nez chez le jeune homme qu'il opéra à Lariboisière ; le résultat fut cependant excellent.

Quant aux traces laissées par l'opération elles sont nulles ou du moins tellement légères qu'il faut être prévenu pour les apercevoir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée par M. Duplay en 1868, relatée dans la pathologie externe de Follin et Duplay, t. III, p. 846.

Sarcome fibro-plastique développé aux dépens de la muqueuse pituitaire.

Femme de 52 ans. Depuis douze ans portait une tumeur de la fosse nasale droite ayant augmenté de volume graduellement et distendant les parois osseuses de la cavité nasale correspondante. La portion cartilagineuse et l'apophyse montante de ce côté étaient repoussées en dehors.

La cloison n'était nullement déviée du côté sain.

La tumeur s'avancait jusqu'à l'ouverture des fosses nasales, offrait une coloration grisâtre, d'aspect fibreux, sans aucune trace d'ulcération. Elle était assez dure, rénitente. Elle ne s'étendait nullement du côté de l'arrière cavité des fosses nasales ; mais elle paraissait limitée aux deux tiers antérieurs de la fosse nasale, à laquelle elle adhérait solidement au niveau du plancher. Cette tumeur était indolente et sauf une épistaxis survenue plusieurs années avant, elle ne gênait que par son volume.

Une incision le long du sillon naso-génien permit de relever la narine et d'enlever la tumeur qui prenait naissance sur tout le

plancher des fosses nasales en laissant les os parfaitement intacts.

OBSERVATION II

Sarcome myéloïde, extirpation sans récurrence. Mason, *in the Lancet*, 1^{er} avril 1882.

Homme de 68 ans, à qui M. Mason avait enlevé, en 1874, un sarcome myéloïde de la cloison du nez en trois opérations ; la première à l'aide de la pince à polype ; la seconde, trois semaines après par excision sur le côté de la narine ; et la troisième, trois mois après en rouvrant la dernière cicatrice, en divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane et une portion de la surface médiane de la lèvre, intérieurement. La tumeur fut aussi excisée. Il n'y a eu aucune récurrence au bout de six ans.

OBSERVATION III

Mélano-sarcome du nez. Michaël, *in Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1890 (p. 688).

Une malade, âgée de 50 ans, se présente avec gêne de la respiration du côté de la narine gauche. On reconnaît l'existence d'une tumeur de couleur gris noirâtre, siégeant sur le cornet moyen et inférieur. On extirpa un grand nombre de morceaux de cette masse gris-noirâtre, et la base d'implantation fut nettoyée avec la curette et le galvano-cautère. Dix-huit mois plus tard, il n'y avait pas encore de récurrence. L'examen microscopique fait par E. Fraënckel, révéla un mélano-sarcome à cellules grandes et rondes.

OBSERVATION IV

Sarcome des fosses nasales. O. Weber cité par Pitha et Billroth.
Handb. der allgr. und spec. chirurg. Tome III, p. 201.

O. Weber rapporte une observation de glio-sarcome, né dans le voisinage du cornet moyen du côté droit qui avait envahi la totalité des fosses nasales et s'était même porté à travers le canal nasal jusque dans la cavité orbitaire. Ce qu'il y a de particulier dans ce fait, c'est que la face externe du maxillaire supérieur présentait une petite tumeur de même nature.

OBSERVATION V

Sarcome des fosses nasales.
Clinique de M. Tillaux, *in Gazette des Hôpitaux*, 1890, p. 718

Homme de 65 ans, chétif et assez affaibli. Cet homme semble atteint d'une affection de l'œil gauche. L'œil de ce côté, en effet, est plus proéminent que celui du côté droit et de plus est porté en dehors. A ce léger degré d'exophtalmie s'ajoute du chémosis et un écoulement muco-purulent de l'œil gauche. En examinant attentivement cet œil, on constate que les points lacrymaux sont déjetés en dehors, que le grand angle de l'œil est saillant et qu'il existe une petite tumeur qui semble se confondre avec le sac lacrymal mais qui cependant est situé plus haut que celui-ci. L'œil gauche a conservé toutes ses fonctions. L'homme voit très bien.

Ce malade ne peut respirer par la narine gauche.

Quand on ferme sa narine droite et qu'on lui dit de souffler

par le nez, la bouche étant fermée, on remarque aisément que l'air ne passe pas par la narine gauche, celle-ci est donc oblitérée.

L'examen du nez donne des renseignements importants. La racine du nez est augmentée de volume. Les os propres du nez semblent être refoulés de dedans en dehors. L'inspection des fosses nasales fait constater du côté gauche, une masse grisâtre inégale et irrégulière. Si on introduit le doigt dans cette narine on sent une petite tumeur molle.

L'autre narine n'est pas absolument normale. Elle est en effet rétrécie. Mais la diminution du calibre de la fosse nasale droite n'est pas due à une tumeur. Elle est produite simplement par la déviation de la cloison. Le néoplasme qui existe dans la fosse nasale gauche a déprimé et refoulé la cloison de gauche à droite d'où l'étroitesse de la fosse nasale droite. La voûte palatine est normale ; le voile du palais aussi. Le doigt introduit derrière le voile du palais pour explorer l'arrière cavité des fosses nasales ne perçoit pas de tumeur.

L'homme n'a pas d'antécédents personnels ; mais sur six enfants, il en a perdu cinq en bas-âge, la cause de leur mort est inconnue.

L'affection que présente le malade a débuté il y a neuf mois ; il existait au début de l'enchifrènement, un peu de rhume, et de la gêne du côté des fosses nasales. Les accidents ont été en augmentant et la gêne, en particulier, s'est accrue rapidement. Bientôt apparut le larmolement, preuve que de bonne heure s'est produite une obstruction des voies lacrymales. Le malade consulta un oculiste qui ne trouva aucune affection oculaire. Un spécialiste des maladies du nez découvrit la tumeur nasale.

A l'entrée de cet homme dans le service de M. Tillaux il avait un peu d'exophtalmie. La projection de l'œil n'a pas tardé à s'accroître depuis son entrée à l'hôpital.

En prenant en considération les signes énumérés, M. Tillaux

pense que la tumeur s'est développée dans le méat inférieur, la tumeur comprimant et oblitérant l'orifice du canal nasal.

Opération. — Ouverture large de la fosse nasale gauche sur le côté gauche du nez en partant de l'angle interne de l'œil, incision qui longe la partie externe de l'aile du nez dans le sillon et qui va se terminer jusque dans la narine. La narine est largement ouverte, hémorragie très abondante cédant à l'application de pinces hémostatiques. Râclage de toute la fosse nasale avec une curette tranchante en ayant soin d'explorer la fosse nasale avec le doigt et de pénétrer dans tous les recoins pour ne pas laisser de débris de tumeur. La narine remise en place après opération il ne reste presque aucune trace de l'incision.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. Quénu. Sarcome tégangiectasique.

M^{me} X..., âgée de 50 ans, s'est aperçue au mois de septembre 1892 de saignements de nez incessants. Elle vint trouver M. Quénu fin septembre.

On constate l'existence d'une production grosse comme un gros haricot occupant la paroi inférieure de la fosse nasale droite, paraissant implantée sur cette paroi, à environ trois centimètres de l'orifice de la narine. Coloration rosée; surface inégale. La tumeur saignait au moindre examen.

Extirpation de la plus grande partie du néoplasme, par les voies naturelles, avec le serre-nœud après cocaïnisation.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome tégangiectasique.

J'essayai pendant deux mois, dit M. Quénu, de détruire la surface d'implantation de la tumeur au moyen de cautérisations au

galvano-cautère faites deux fois par semaine, à cause de la répugnance de la malade pour une opération étendue.

A la fin de décembre 1892, étant donné l'insuffisance du traitement, la malade est décidée à une opération plus importante.

Sous le chloroforme, on détache l'aile du nez par une incision contournant le sillon naso-génien. Passage d'un bistouri derrière la tumeur. Excision d'une grande étendue de pituitaire en arrière de la tumeur. De tous les côtés même excision large, de sorte que le méat inférieur et une partie des fosses nasales sont dépouillées de pituitaire. La malade était dans la position de Roser, tête en bas. Il se produit une hémorrhagie abondante qu'un tamponnement arrête. Suture des lèvres de l'incision. Les suites de l'opération sont très simples, il ne resta qu'un peu d'aplatissement de l'aile du nez.

L'examen histologique des parties enlevées en dernier lieu montre qu'il s'agit d'une sorte de fibrome vasculaire avec quelques points où les cellules rondes étaient plus abondantes.

L'examen ultérieur du nez montre une cicatrisation absolue et l'absence complète de récidive.

OBSERVATION VII (personnelle.)

Sarcome fibro-plastique du nez.

Le nommé Jobert Victor, âgé de 33 ans, peintre en voiture (rue Legendre, 32), entre le 22 novembre 1892, à l'hôpital Cochin, service de M. Quénu, salle Viel, n. 21.

En 1885 cet homme a eu des épistaxis répétées, survenant sans cause ou simplement lorsqu'il se mouchait.

Céphalalgie continuelle mais peu intense. Les épistaxis cessèrent brusquement en 1886 et le nez, du côté droit, commença à grossir lentement, progressivement, sans douleur.

La respiration par la narine droite était gênée. Epiphora commençant, mais peu marqué. La voix commença à devenir nasonnée. Le malade ne consulta pas.

Sept ans après, en septembre 1892, il vit sortir en s'essuyant le nez, une petite boule élastique, blanchâtre, grosse comme une noisette. Quatre jours après une petite tumeur sortait encore et il se produisait une épistaxis abondante après chaque expulsion.

Après la chute de la deuxième tumeur le malade eut une fièvre assez forte qui dura huit jours avec transpiration la nuit. On lui ordonna du quinquina et de la belladone contre sa transpiration.

A la fin de septembre, il alla consulter à Péreire M. Quénu. Ce chirurgien lui enleva, à trois reprises, les deux premiers dimanches et le premier jeudi de septembre, une portion de tumeur, grosse comme une noisette, molle, blanchâtre, d'odeur nauséuse. On lui fit des injections d'eau salée et le troisième dimanche d'octobre, on cautérisa au galvanocautère ; cette cautérisation fut suivie d'un gonflement de la joue droite, gonflement qui dura deux jours.

Le 21 novembre 1892. — Le malade reñd de nouveau par le nez une petite portion de tumeur de couleur rougeâtre et d'odeur fétide. Il entre à Cochin le 22 novembre.

A l'examen, on constate extérieurement une grosseur du côté droit du nez ; la peau est normale, indolente à la palpation. La saillie est dure, rénitente ; l'os propre du nez du côté droit est dévié en dehors.

La narine droite est encore perméable. Le lobule du nez du côté droit se dévie vers la gauche. Ozène peu notable.

A l'intérieur de la narine on voit deux petites masses sessiles, grosses comme une noisette, arrondies, lisses, légèrement rosées, largement implantées au niveau du cornet inférieur.

Opération le 3 décembre 1892. — Incision du nez sur la ligne

médiane; ablation d'une tumeur grosse comme une noisette implantée sur la face externe de la fosse nasale droite en avant du cornet inférieur. Tumeur dure, fibreuse, élastique.

Pansement iodoformé qui amène de l'érythème et de l'œdème des paupières gauches.

L'examen histologique fait par M. Carel, interne du service, démontre la nature sarcomateuse de la tumeur.

Comme antécédents héréditaires, le père du malade était mort phthisique.

Antécédents personnels. — En 1871, coliques de plomb, depuis le mois d'octobre 1892, amaigrissement, sueurs nocturnes, enrrouement.

CONCLUSIONS

1° Les sarcomes des fosses nasales nés aux dépens de la muqueuse pituitaire sont rares.

2° Leur diagnostic clinique est difficile ; l'examen histologique peut seul permettre d'affirmer la nature réelle de la tumeur ; la clinique ne donne que des probabilités.

3° Le pronostic de ces sortes de néoplasmes diffère avec la variété de sarcome à laquelle appartient la tumeur. En tous cas il doit toujours être réservé.

4° L'ablation doit être conseillée aussitôt que le diagnostic est fait, même si ce diagnostic n'est pas absolument certain ; mais qu'on a de fortes présomptions en faveur d'un sarcome.

5° Si petite que soit la tumeur et si facile qu'elle puisse paraître à atteindre, il faut, pour obtenir un bon résultat et éviter les récidives, faire une opération préliminaire qui mette la tumeur bien en évidence.

6° La voie nasale doit être préférée dans le cas de sarcome des fosses nasales, car elle réunit les meilleures conditions. Elle permet en effet d'atteindre facilement la tumeur, donne une ouverture large de l'orifice antérieur

des fosses nasales et ne laisse que peu ou pas de traces à la suite de l'opération.

7° Les instruments de choix pour l'ablation de la tumeur, une fois la voie nasale largement ouverte, sont le galvano-cautère ou l'anse galvanique. Ils permettent d'éviter les hémorrhagies pendant l'opération.

Vu : le Président de thèse,
PANAS.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Follin et Duplay.** — Traité de pathologie externe, tome III, p. 846.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie, tom. IV, art. Tumeurs des fosses nasales.
- Mason.** — Sarcome myéloïde des fosses nasales. *The Lancet*, 1^{er} avril 1882.
- Tillaux.** — Sarcome des fosses nasales. *Gazette des hôpitaux*, p. 718, 1890.
- Lang.** — Tumeur maligne du nez. Soc. imp. des méd. de Vienne, 1889, rapporté dans les *Arch. de rhinologie et de laryngologie*, p. 309, t. II, n. 5, octobre 1885.
- Plicque.** — Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc., 1890, p. 141.
- Durante.** — Tumeur mixte des fosses nasales. Epithélio-sarcome, envahissement des lobes frontaux, abcès latent du cerveau, mort subite, autopsie. — *Arch. de laryngol. et rhinolog.*, p. 150, t. III, 1890.
- O. Weber.** — Cité par Pitha et Billroth. — *Handb. der allg. und spéc. chirurg.* Tome III, p. 201.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, 2^e série, article nez.
- Knight (C.-H.).** — A case of fibro-sarcoma of the rhinot nasal fossa with unusual clinical history. — *Transactions of the american, laryngological association*, 1890-91, p. (36-41).
- Michaël.** — Mélano-sarcome du nez. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx, etc.* Paris, 1890, p. 688.

Cossolino. — Les instruments et la technique chirurgicale employés dans l'extraction des tumeurs nasales. — Annales des malad. de l'oreille et du larynx. Paris, 1891 (761-786).

Halleross. — A case of mélanotic sarcoma of the nares. Hahnemann. Month. Philad., 1892, p. 24-27.

Lermoyez. — Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intra-nasales. Ann. des mal. de l'or. et du larynx, 1891 (85-106).

— Revue générale de clinique et de thérapeutique, année 1893 (p. 647).

Schiffers. — Des transformations anatomo-pathologiques des myxomes du nez. Gaz. méd. de Liège, 1889-90 (p. 64-66).

